

**WELFARE-TO-WORK計畫（WTW，從福利至就業  
過渡計畫）通知函 您的24月計時期即將期滿**

日期	
縣	
個案名稱	
個案號碼	其他識別號碼
工作人員姓名	工作人員電話號碼 ( )

是否有任何疑問？請向您的社會工作人員詢問。

**此通知函用以告知您的WTW計畫24月計時期情況。**

截至\_\_\_\_\_（日期）為止，縣府已經確定，您，\_\_\_\_\_（計畫參加者姓名），  
WTW計畫24月計時期的總計剩餘時間為\_\_\_\_\_（月份數目）個月。當您用盡您的WTW計畫24月計時期後，您須符合其  
他不同的要求條件，方可繼續獲得補助金及服務；除非您免受WTW計畫條件限制，或者有資格使您的WTW計畫24月計時  
期得到延續。

從第25個月開始，您必須達到CalWORKs聯邦標準。根據這些標準要求，您每週須參加計畫活動的小時總數相同，而且您  
需要達到一項核心活動小時規定要求。下表列出了達到CalWORKs聯邦標準所需的活動參加小時規定要求，其中包括每週  
參加活動的小時總數，以及每週參加核心活動的小時數。

家中成人之人數 (補助領取單位)	每週參加活動的 規定小時總數	每週參加核心活動的規定 小時數
有一名6歲以下子女的單身成人	20	20
無任何6歲以下子女的單身成人	30	20
雙親家庭	35	30

您可以參加的核心活動包括教育、就業、工作經驗、謀職及社區服務等。就某些活動（包括謀職和就業準備等相關活動）  
而言，對其可計為核心活動的時期長短設有限制。對於職業教育和培訓，僅在您尚未用盡您12個月終生時間限制的前提下，  
方可計為核心活動。

當您的WTW計畫24月計時期用盡後，若您尚未達到某項獲准核心活動的規定參加小時數，則將從您的補助金中扣除相應  
部份，從而會使您的現金補助金額減少。

**若存在以下情況，請立即與您的社會工作人員聯絡：**

- 需要更詳細地瞭解，當您的WTW計畫24月計時期月數全部用盡後，您須達到的CalWORKs聯邦標準對活動參加之各項規定要求。
- 希望馬上修改您的WTW計畫，以便達到CalWORKs聯邦標準。這會有助於節省您WTW計畫24月計時期的剩餘月數。
- 需要關於您已使用之月數的詳細資訊。
- 認為某些月數不應計入您的WTW計畫24月計時期。
- 認為您本應受到WTW計畫活動參加要求之寬免，但尚未提出此寬免請求；或者需要關於WTW計畫活動參加要求之寬免請求的詳細資訊。您也可以簽署隨函附寄的寬免請求書並註明日期，然後寄送給您的社會工作人員。
- 需要詳細瞭解如何請求延續您的WTW計畫24月計時期。

若您認為此通知函有誤，請與您的社會工作人員聯絡。您也可以提請舉行一次州聽證會。本頁背面含有「您的聽證權利」  
表格，用以說明如何提請舉行一次州聽證會。

## 您的聽證權利

若您不同意任何一項縣府裁定，則有權提請舉行一次聽證會。您僅有90天時間提出舉行聽證會的請求。此90天期限從縣府將此通知函遞送或郵寄給您之日起開始計算。若您能以正當理由說明為何您未能於90天期限內提出聽證請求，則您仍可提出聽證請求。若您能提出正當理由，仍可安排一次聽證會。

若您在縣府做出關於現金補助、Medi-Cal、CalFresh或托兒服務的裁定之前提出聽證請求：

- 在您等候聽證期間，您的CalFresh或Medi-Cal福利將保持不變。
- 在您等候聽證期間，您的托兒服務福利可能保持不變。
- 您的CalFresh福利將保持不變，直至聽證會開始舉行，或者直至您的福利資格證書期限結束為止；兩者之中以較早者為準。

若聽證會裁定我方決定是正確的，則您對我方為您提供之任何額外的現金補助、CalFresh或托兒服務福利負有拖欠款。若您請求我們於聽證會開始之前減少或停止您的福利待遇，請勾選下列相應的方框：

是的，請減少或停止： 現金補助  CalFresh  
 托兒服務

在您等候涉及以下計畫福利的聽證裁決期間：

### Welfare to Work：

不要求您必須參加計畫活動。

對於頒發此通知函之前與就業及縣府批准活動相關的托兒服務，您可獲得托兒費補貼付款。

若本處已經告知，您的其他輔助支持服務費用付款將停發，則您將不會再獲得任何付款；即使您參加計畫活動，亦將如此。

若本處已經告知，我們將支付您的其他輔助支持服務費用，我們將按照此通知函中所列金額和所述方法向您支付此類服務費用。

- 若想獲得這些輔助支持服務，您必須前往參加縣府通知您參加的計畫活動。
- 在您等候聽證裁決期間，若縣府支付的輔助支持服務費用金額不足，以致您無法參加計畫活動，則您可停止參加計畫活動。

### Cal-Learn：

- 若本處已告知我們無法為您提供相關服務，則您不能參加Cal-Learn計畫。
- 我們僅對已獲批准的活動支付Cal-Learn計畫輔助支持服務費用。

### 其他資訊

**Medi-Cal統一管理醫療保健計畫成員：**此通知函所述之裁定可能會停止您從統一管理醫療保健計畫獲得的服務。如果您有任何疑問，建議您與健康保險計畫成員資格服務處聯絡。

**兒童贍養費和（或）醫療費用支付義務付款：**即使您並未領取現金補助，當地兒童贍養服務機構仍將免費協助您徵收贍養費付款。若這些機構目前已在為您徵收贍養費付款，他們則將繼續這樣做，直至您以書面形式通知他們停止此項徵收服務為止。這些機構將向您寄送所徵收的目前應付贍養費；但將扣留所徵收的逾期未付贍養費，此為您拖欠縣府的贍養費。

**家庭生育計劃：**當地的福利辦事處可依您的請求提供相關資訊。

**聽證文檔：**若您提出聽證請求，州聽證事務處將建立一個聽證文檔。您有權於聽證會之前閱覽這一文檔，並有權至少於聽證會開始兩天之前獲得一份書面文件，其中陳明縣府就您的個案所採取的立場。州府可將您的聽證文檔轉呈給縣福利處以及美國衛生與公共服務部和農業部。（**W&I法典第10850節與第10950節。**）

## 提請舉行聽證會的方法：

- 填妥此頁表格。
- 影印一份此頁正反兩面的副本，以供您保存。您的社會工作人員可依請求向您提供此頁的副本。
- 將此頁文件寄送或親自送交至：

或者

- 打免費電話聯絡：**1-800-952-5253**；使用TDD專線服務的聽障或語障人士請撥**1-800-952-8349**。

**如何獲得協助：**您可按照上列州府機構免費電話號碼打電話詢問您的聽證權利，或者請求提供法律協助服務轉介。您可在當地法律協助學會或福利權利服務處獲得免費法律協助。

若您不想單獨出席聽證會，則可以請一位朋友或某位人士陪同。

### 聽證會請求

我希望舉行一次聽證會；起因為\_\_\_\_\_

縣福利處就本人下列福利待遇所作的裁定：

現金補助  CalFresh  Medi-Cal

其他（請列明）\_\_\_\_\_

原因如下：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

若需更多填寫欄位，請勾選此方框，並另加附頁填寫。

本人需要州府為我免費聘請一位口譯人員。（不可由親屬或朋友在聽證會上為您提供口譯服務。）

本人的語言或方言是：\_\_\_\_\_

福利受到拒批、更改或停止之人士的姓名

出生日期	電話號碼
------	------

街道名稱與門牌號碼

城市	州	郵遞區號
----	---	------

簽名	日期
----	----

此表格填寫者之姓名	電話號碼
-----------	------

本人希望請以下列名者在本次聽證會上作我的代表。我允許此人調閱我的卷案記錄或者代我出席聽證會。（此人可以是朋友或親屬，但不能為您提供口譯服務。）

姓名	電話號碼
----	------

街道名稱與門牌號碼

城市	州	郵遞區號
----	---	------